



А. О. Рожественська

Харківський національний медичний університет

Якість життя як індикатор впливу супутньої гіпертонічної хвороби на стан здоров'я пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки

Мета — визначити вплив супутньої гіпертонічної хвороби (ГХ) на якість життя (ЯЖ) пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) за допомогою опитувальників SF-36 та CLDQ.

Матеріали та методи. Обстежено 115 хворих на НАЖХП на стадії неалкогольного стеатогепатиту. Пацієнтів розподілили на дві групи: основну — 63 пацієнти з НАЖХП та ГХ (32 чоловіки та 31 жінка, середній вік — 48,4 року) та порівняння — 52 пацієнти з НАЖХП (25 чоловіків та 27 жінок, середній вік — 48,3 року). Контрольну групу утворили 20 практично здорових осіб (12 жінок та 8 чоловіків, середній вік — 47,1 року). Стаж захворювання на НАЖХП статистично значущо не відрізнявся у пацієнтів з коморбідним (6,6 року (95 % довірчий інтервал (ДІ) — 5,8; 7,3)) та ізольованим (7,8 року (95 % ДІ 6,7; 8,8)) перебігом НАЖХП ($p=0,086$). Тривалість захворювання на ГХ становила 8,4 року (95 % ДІ 7,3; 9,5). Розраховували індекс маси тіла (ІМТ), визначали показники систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) артеріального тиску. Для оцінки ЯЖ пацієнтів з НАЖХП застосовували неспецифічний опитувальник Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) і специфічну анкету для оцінки стану здоров'я при хронічних захворюваннях печінки The Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ).

Результати. Виявлено статистично значуще зниження ЯЖ майже за всіма шкалами опитувальника SF-36 у пацієнтів з НАЖХП порівняно з контрольною групою незалежно від наявності супутньої патології. Зниження показників ЯЖ у пацієнтів з ГХ та НАЖХП відзначено за всіма компонентами здоров'я, окрім результатів за шкалою фізичного функціонування. Показники сумарного фізичного та психічного компонентів здоров'я також були значно нижче у хворих на НАЖХП та ГХ і становили 25,0 % (95 % ДІ 21,20; 29,60) та 44,0 % (95 % ДІ 42,23; 50,47) з максимально можливих 100 %. Зареєстроване статистично значуще зниження показників за всіма доменами опитувальника CLDQ у пацієнтів з НАЖХП та ГХ порівняно з хворими на НАЖХП і контрольною групою. Виявлено значущі обернено пропорційні зв'язки між показниками ЯЖ за обома опитувальниками та давністю захворювань, рівнем САТ і ДАТ, а також ІМТ.

Висновки. НАЖХП асоціюється зі статистично значущими девіантними змінами показників ЯЖ пацієнтів за даними опитувальників SF-36 та CLDQ. Наявність супутньої ГХ, давність жирових змін печінки, стаж гіпертонії, рівні САТ і ДАТ, а також великий ІМТ суттєво погіршують ЯЖ хворих на НАЖХП. Кількість на варіабельність компонентів ЯЖ у пацієнтів з НАЖХП та ГХ може негативно вплинути на перебіг захворювання, знизити ефективність терапевтичних і реабілітаційних заходів.

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, гіпертонічна хвороба, якість життя, опитувальник SF-35, опитувальник CLDQ.

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) щорічно посідає перше місце в структурі хронічних патологій печінки та

уражає в середньому близько 25 % дорослого населення світу [8]. Значну увагу приділяють вивченню питань коморбідності НАЖХП, зокрема особливостям впливу на перебіг захворювання супутньої гіпертонічної хвороби (ГХ), яка через спільні патогенетичні ланки потенціює негативний вплив НАЖХП на організм [1].

З метою визначення фізичного, психічного та соціального благополуччя пацієнтів у клінічній практиці визначають інтегральний показник — пов'язану зі здоров'ям якість життя (ЯЖ) [2]. Оцінка показників ЯЖ дає змогу визначати та контролювати стан здоров'я пацієнтів з НАЖХП [10]. Доведено, що порушення нормального функціонування пацієнтів з НАЖХП унаслідок впливу захворювання негативно позначаються на ЯЖ [1]. Окрім того, негативні емоційні реакції у пацієнтів з хронічними патологіями печінки нерідко обтяжують перебіг основного захворювання [2].

Для оцінки ЯЖ у пацієнтів з різними патологіями у клінічних дослідженнях широко застосовують загальний опитувальник Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) [13], розроблений у Центрі вивчення медичних результатів США. Метод дає змогу оцінити всі компоненти ЯЖ, пов'язані зі здоров'ям, питання опитувальника є неспецифічними та придатними для використання у пацієнтів з різними захворюваннями незалежно від віку, схеми лікування тощо. Нерідко SF-36 використовують для оцінки ЯЖ пацієнтів з хронічними хворобами печінки, зокрема з НАЖХП [2, 5, 11, 12]. Однак дані літератури свідчать про те, що результати загального опитувальника SF-36 можуть недостатньо повно виявляти вплив патології на ЯЖ пацієнтів, особливо у разі коморбідного перебігу НАЖХП. Тому автори рекомендують додатково використовувати специфічний опитувальник The Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) [9] як надійний спосіб оцінки ЯЖ у дорослих пацієнтів з НАЖХП. Метод дає змогу оцінити тривалі зміни стану здоров'я пацієнтів з хронічними патологіями печінки та може бути корисним інструментом для визначення тактики ведення хворих на НАЖХП. Обидва опитувальники перекладено українською мовою з урахуванням національних особливостей та валідизовано, тому їхнє поєднання може бути простим та інформативним методом визначення ЯЖ пацієнтів з НАЖХП [6].

Комплексний аналіз ЯЖ пацієнтів з НАЖХП і ГХ дасть змогу оцінити вплив поєднання патологій на фізичний та психічний стан пацієнтів для визначення тактики ведення хворих.

Мета роботи — визначити вплив супутньої гіпертонічної хвороби на якість життя пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки за допомогою опитувальників SF-36 та CLDQ.

Матеріали та методи

Дослідження проведено відповідно до етичних стандартів Гельсінської декларації, принципів

Good Clinical Practice (GCP) і чинного національного законодавства. Всі пацієнти добровільно вирішили взяти участь у дослідженні та підписали інформовану згоду.

Обстежено 115 хворих з верифікованою за допомогою анамнестичних, лабораторних та інструментальних даних НАЖХП на стадії неалкогольного стеатогепатиту. Пацієнтів розподілили на дві групи: основну — 63 пацієнти з НАЖХП та ГХ (32 чоловіки та 31 жінка, середній вік — 48,4 року (95 % довірчий інтервал (ДІ) 47,2; 49,6)) та порівняння — 52 пацієнти з НАЖХП (25 чоловіків та 27 жінок, середній вік — 48,3 року (95 % ДІ 46,8; 49,8)). Контрольну групу утворили 20 практично здорових осіб (12 жінок та 8 чоловіків, середній вік — 47,1 року (95 % ДІ 45,1; 49,1)).

Статистично значущих відмінностей за віком не було ні між групами пацієнтів з НАЖХП на тлі ГХ та з ізольованою НАЖХП ($p = 0,908$), ні між хворими та здоровими особами ($p = 0,394$ і $p = 0,555$ відповідно). Стаж захворювання на НАЖХП також статистично значущо не відрізнявся у пацієнтів з коморбідним (6,6 року (95 % ДІ 5,8; 7,3)) та ізольованим (7,8 року (95 % ДІ 6,7; 8,8)) перебігом НАЖХП ($p = 0,086$). Тривалість захворювання на ГХ становила 8,4 року (95 % ДІ 7,3; 9,5).

Усім пацієнтам було виміряно масу тіла та зріст, розраховано індекс маси тіла (ІМТ) за загальноприйнятою формулою. Значення систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) артеріального тиску вимірювали аускультативним методом Короткова тонометром ВР АГ1—40 (Micro-life АГ, Швейцарія) у стані спокою.

Анкета SF-36 містить 36 запитань, згруповані у 8 шкал [4]: фізичне функціонування (Physical Functioning (PF)), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Emotional (RP)), інтенсивність болю (Bodily Pain (BP)), загальний стан здоров'я (General Health (GH)), життєва активність (Vitality (VT)), соціальне функціонування (Social Functioning (SF)), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional (RE)), психічне здоров'я (Mental Health (MH)). Показники ЯЖ за кожною шкалою оцінювали балами від 0 до 100, причому вища оцінка вказувала на вищу якість життя. На підставі показників за шкалами розраховано оцінку ЯЖ за сумарним фізичним компонентом здоров'я (Physical Component Summary (PCS)) за формулою:

$$\begin{aligned} \text{PCS} = & 0,42402 \cdot \text{PF-Z} + 0,35119 \cdot \text{RP-Z} + \\ & + 0,31754 \cdot \text{BP-Z} - 0,00753 \cdot \text{SF-Z} - \\ & - 0,22069 \cdot \text{MH-Z} - 0,19206 \cdot \text{RE-Z} + \\ & + 0,02877 \cdot \text{VT-Z} + 0,24954 \cdot \text{GH-Z} \end{aligned}$$

та сумарним психічним компонентом здоров'я (Mental Component Summary (MCS)) за формулою:

$$\begin{aligned} \text{MCS} = & -0,22999 \cdot \text{PF-Z} - 0,12329 \cdot \text{RP-Z} - \\ & - 0,09731 \cdot \text{BP-Z} + 0,26876 \cdot \text{SF-Z} + \\ & + 0,48581 \cdot \text{MH-Z} + 0,43407 \cdot \text{RE-Z} + \\ & + 0,23534 \cdot \text{VT-Z} - 0,01571 \cdot \text{GH-Z}. \end{aligned}$$

Також для визначення показників ЯЖ використано анкету CLDQ [6], яка містить 29 запитань, адаптованих для українського населення, згрупованих у 6 доменів: абдоминальні симптоми (AS), втома (FA), активність (AC), системні симптоми (SS), емоційна функція (EF), хвилювання (WO). Пацієнтам була надана можливість самостійно відповісти на запитання за бальною шкалою (від 1 бала — «завжди» до 7 балів — «ніколи»), потім показники оцінювали за шкалою Лайкерта (від 1 до 7 відповідно). З огляду на рекомендації автора опитувальника CLDQ Z. M. Younossi, для отримання узагальнених результатів кожен сумарну оцінку домену було поділено на кількість запитань у домені. Учасники дослідження заповнювали анкети оцінки ЯЖ власноруч та могли поставити питання щодо змісту запитань і параметрів відповідей на них.

Статистичну обробку отриманих результатів проведено за допомогою комп'ютерних програм Excel 2019 (Microsoft), Statistica 8.0. (StatSoft Inc.). Безперервні змінні величини представлені у вигляді медіани (Me) та ДІ із заданою надійністю $\gamma = 0,95$ (95 % ДІ).

Статистичну значущість відмінностей між рівнем кількісних ознак у двох незалежних вибірках визначали за допомогою U-критерія Манна—Уїтні. Взаємозв'язки між показниками визначали за допомогою непараметричного методу — коефіцієнта рангової кореляції Спірмена (rs), оцінку кореляційного зв'язку проводили за шкалою Чеддока. Результати вважали статистично значущими при рівні значущості $p < 0,05$.

Результати та обговорення

Значення САТ та ДАТ у пацієнтів з НАЖХП на тлі ГХ були значно вищими, ніж у пацієнтів з ізольованою НАЖХП, однак показники САТ не відрізнялись у групі з ізольованою НАЖХП та контрольній групі. Індекс маси тіла суттєво перевищував показники у пацієнтів як з НАЖХП та ГХ, так і з ізольованим перебігом НАЖХП, однак статистично значущої різниці за ІМТ між групами пацієнтів з НАЖХП не виявлено (табл. 1).

При аналізі показників фізичного та психічного компонентів здоров'я за результатами опитувальника SF-36 виявлено статистично значуще зниження ЯЖ у пацієнтів з НАЖХП порівняно з контрольною групою незалежно від наявності супутньої патології майже за всіма шкалами за винятком показника рольового функціонування, зумовленого емоційним станом, який не відрізнявся у групі пацієнтів з ізольованим перебігом НАЖХП та контрольній групі ($p = 0,235$), але був статистично значущо нижчим у групі з НАЖХП та ГХ порівняно як з групою з ізольованою НАЖХП ($p < 0,001$), так і з контрольною групою ($p < 0,001$). Варте уваги статистично значуще зниження показників ЯЖ за всіма компонентами здоров'я у пацієнтів з поєднанням ГХ і НАЖХП, окрім шкали фізичного функціонування. Пацієнти з НАЖХП та ГХ найнижче оцінювали ЯЖ за показниками загального стану здоров'я, а найвище — за шкалою фізичного функціонування, хворі на ізольовану НАЖХП — відповідно за показником життєвої активності та шкалою інтенсивності болю (табл. 2).

Середній показник ЯЖ за сумарним фізичним компонентом здоров'я у пацієнтів з поєднанням НАЖХП та ГХ становив 59,65 % (95 % ДІ 54,62; 64,59), що було статистично значущо менше, ніж у групі з ізольованим перебігом НАЖХП (75,63 % (95 % ДІ 67,94; 76,41), $p < 0,001$) та контрольній групі (90,0 % (95 % ДІ 83,82; 91,15),

Таблиця 1. Клінічна характеристика обстежених пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки

Показник	НАЖХП та ГХ (n = 63)	НАЖХП (n = 52)	Контрольна група (n = 20)
САТ, мм рт. ст.	140 (137,86; 140,55)	120 (120,83; 122,24)*	123 (121,94; 126,56)*
ДАТ, мм рт. ст.	85 (82,72; 86,17)	70 (70,54; 73,30)*	75 (73,75–79,25)***
ІМТ, кг/м ²	26,9 (24,45; 29,34)	25,1 (25,38; 26,56)	22,7 (22,41; 23,46)**

Примітка. Дані наведено у вигляді медіани та 95 % ДІ.

Статистично значуща різниця щодо групи НАЖХП та ГХ: * $p < 0,001$.

Статистично значуща різниця щодо групи НАЖХП: * $p < 0,001$; ** $p < 0,05$.

Таблиця 2. Середня оцінка якості життя за показниками фізичного та психічного компонентів здоров'я опитувальника SF-36, %

Шкали опитувальника	НАЖХП та ГХ (n = 63)	НАЖХП (n = 52)	Контрольна група (n = 20)
Фізичний компонент здоров'я			
Фізичне функціонування	80,00 (76,33; 82,56)	85,00 (81,86; 87,37)	95,00 (95,40; 97,60)**
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	50,00 (35,15; 50,56)	75,00 (56,66; 70,54)*	100,00 (78,60; 96,40)**
Інтенсивність болю	55,00 (56,41; 67,75)	90,00 (76,69; 86,89)*	100,00 (94,80; 99,20)**
Загальний стан здоров'я	25,00 (21,20; 29,60)	60,00 (48,87; 59,60)*	85,00 (82,37; 91,13)**
Психічний компонент здоров'я			
Життєва активність	45,00 (39,47; 47,83)	50,00 (48,24; 55,03)**	80,00 (79,43; 84,67)**
Соціальне функціонування	63,00 (55,13; 65,89)	88,00 (78,58; 87,69)*	100,00 (97,07; 100,53)**
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	33,00 (28,19; 43,71)	67,00 (55,85; 71,19)*	67,00 (65,34; 81,26)*
Психічне здоров'я	44,00 (42,23; 50,47)	56,00 (52,17; 59,52)**	84,00 (79,58; 86,02)**

Примітка. Дані наведено у вигляді медіани та 95 % ДІ.

Статистично значуща різниця щодо групи НАЖХП та ГХ: * $p < 0,001$; ** $p < 0,01$.

Статистично значуща різниця щодо групи НАЖХП: * $p < 0,001$.

$p < 0,001$). Також виявлено статистично значущі розбіжності за показником ЯЖ за сумарним психічним компонентом здоров'я: у групі з НАЖХП на тлі ГХ він становив у середньому 33,08 % (95 % ДІ 27,80; 37,06), у групі з ізольованою НАЖХП – 57,30 % (95 % ДІ 49,94; 59,18), що було відповідно у 2,40 та 1,38 разу менше, ніж у контрольній групі (78,98 % (95 % ДІ 76,53; 82,65), $p < 0,001$) (рис. 1).

Аналіз результатів оцінки ЯЖ за опитувальником CLDQ виявив статистично значуще зниження показників за всіма доменами у пацієнтів з НАЖХП як із супутньою ГХ, так і без неї (табл. 3). У пацієнтів з НАЖХП та ГХ найнижчою була оцінка ЯЖ за показником втоми, а у хворих на ізольовану НАЖХП – за доменом, який дає змогу оцінити емоційну функцію. В обох групах найвищі бали ЯЖ отримано за доменом «Системні симптоми», у групі пацієнтів з ізольованою НАЖХП – також за доменом «Хвилювання». Варте уваги статистично значуще зменшення показників ЯЖ у пацієнтів з НАЖХП на тлі ГХ порівняно з ізольованим перебігом НАЖХП за усіма доменами (див. табл. 3).

У групі пацієнтів з НАЖХП та ГХ виявлено статистично значущі відмінності за доменом «Емоційна функція» опитувальника CLDQ між чоловіками (3,69 бала (95 % ДІ 3,26; 3,82)) та жінками (3,0 бали (95 % ДІ 2,85; 3,46), $p = 0,048$). У жінок з НАЖХП та ГХ зареєстровано значно нижчі показники ЯЖ за доменом «Хвилювання»

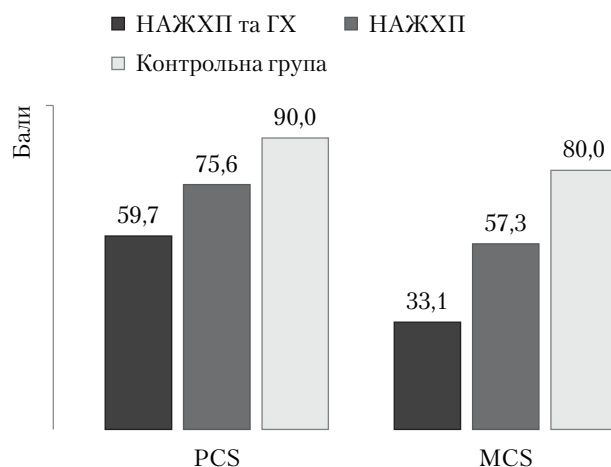


Рис. 1. Показники якості життя за сумарним фізичним (PCS) та психічним (MCS) компонентами здоров'я за даними опитувальника SF-36

порівняно з чоловіками з аналогічною патологією (4,80 бала (95 % ДІ 4,58; 5,05) та 5,40 бала (95 % ДІ 4,94; 5,40) відповідно, $p = 0,034$) (рис. 2).

Визначення зв'язків між складовими фізичного компонента здоров'я опитувальника SF-36 та клінічними даними показало, що інтенсивність больового синдрому зменшувалася зі збільшенням віку пацієнтів з ізольованою НАЖХП ($r = -0,29$; $p < 0,05$). У хворих на НАЖХП і ГХ виявлено помірні кореляційні зв'язки між САТ і всіма складовими фізичного компонента здоров'я за винятком шкали «Загальний стан

Таблиця 3. Середня оцінка показників якості життя за доменами опитувальника CLDQ, бал

Домени опитувальника	НАЖХП та ГХ (n = 63)	НАЖХП (n = 52)	Контроль (n = 20)
Абдомінальні симптоми	3,67 (3,53; 4,16)	5,33 (4,68; 5,30)*	7,00 (6,75; 6,98)**
Втома	2,80 (2,49; 2,96)	5,00 (4,54; 5,04)*	6,60 (6,41; 6,75)**
Активність	3,00 (2,75; 3,38)	4,67 (4,61; 5,07)*	7,00 (6,74; 6,93)**
Системні симптоми	5,80 (5,42; 5,83)	6,20 (5,85; 6,20)*	7,00 (7,00; 7,00)***
Емоційна функція	3,38 (3,15; 3,56)	4,88 (4,69; 5,09)*	6,63 (6,42; 6,70)**
Хвилювання	5,00 (4,83; 5,16)	6,20 (5,75; 6,08)*	7,00 (7,00; 7,00)**

Примітка. Дані наведено у вигляді медіани та 95 % ДІ.

Статистично значуща різниця щодо групи НАЖХП та ГХ: * $p < 0,001$; ** $p = 0,005$.

Статистично значуща різниця щодо групи НАЖХП: * $p < 0,001$.

здоров'я» ($r = -0,22$; $p > 0,05$). З ДАТ кореляцій не виявлено в жодній групі. Варта уваги сильна обернено пропорційна кореляція між ІМТ та показником ЯЖ за шкалою фізичного функціонування у пацієнтів з ізольованою НАЖХП ($r = -0,71$; $p < 0,05$) і між ІМТ та складовими фізичного компонента здоров'я у групі з НАЖХП та ГХ, зокрема — за сумарним фізичним компонентом здоров'я ($r = -0,62$; $p < 0,05$) (табл. 4).

Результати за шкалами впливу емоційного компонента на функціонування та психічного здоров'я обернено пропорційно корелювали з віком пацієнтів з ізольованою НАЖХП ($r = -0,31$; $p < 0,05$ та $r = -0,28$; $p < 0,05$ відповідно), так само як і оцінка за сумарним фізичним компонентом здоров'я ($r = -0,30$; $p < 0,05$). Показники артеріального тиску мали суттєвий вплив на ЯЖ за показниками психічного здоров'я у пацієнтів з коморбідністю НАЖХП та ГХ: виявлено помітні та помірні обернено пропорційні зв'язки між показниками за шкалами соціального функціонування, рольового функціонування, зумовленого емоційним станом, психічного здоров'я і сумарним психічним компонентом і САТ, тоді як із ДАТ корелювали лише показники за шкалами соціального функціонування та психічного здоров'я. Індекс маси тіла також значно впливав на ЯЖ за показниками психічного здоров'я у пацієнтів з НАЖХП: установлено сильні кореляційні зв'язки між ІМТ і показником за шкалою рольового функціонування, зумовленого емоційним станом ($r = -0,63$; $p < 0,05$). У групі з коморбідністю НАЖХП та ГХ зі зростанням ІМТ знижувались показники ЯЖ за іншими складовими психічного компонента здоров'я (табл. 5).

При вивченні зв'язків між даними за опитувальником CLDQ і клінічними показниками обстежених пацієнтів виявлено, що ЯЖ хворих на НАЖХП в обох групах не залежала від їхнього

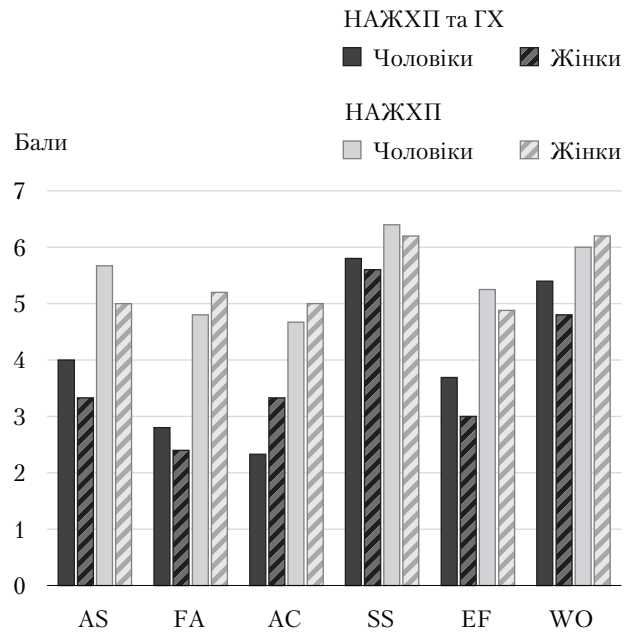


Рис. 2. Гендерний розподіл середнього бала за даними опитувальника CLDQ

віку. Певну роль відігравала давність захворювань: збільшення стажу НАЖХП зменшувало ЯЖ за показниками абдомінальних симптомів та хвилювання у групі пацієнтів з НАЖХП та ГХ ($r = -0,29$ та $r = -0,30$ відповідно, $p < 0,05$) та показником хвилювання у пацієнтів з ізольованою НАЖХП ($r = -0,34$; $p < 0,05$). У пацієнтів з НАЖХП на тлі ГХ оцінка за доменом «хвилювання» зменшувалась зі збільшенням стажу гіпертонії ($r = -0,25$; $p < 0,05$). Також варта уваги статистично значуща обернено пропорційна залежність показників ЯЖ практично за всіма доменами від САТ у групі пацієнтів з НАЖХП та ГХ, за винятком оцінки за доменом «Активність» ($r = -0,05$; $p > 0,05$). З ДАТ у групі пацієнтів

Таблиця 4. Коефіцієнти кореляції між показниками якості життя за фізичним компонентом здоров'я опитувальника SF-36 та клініко-лабораторними показниками

Показник	НАЖХП та ГХ (n = 63)					НАЖХП (n = 52)				
	PF	RP	BP	GH	PCS	PF	RP	BP	GH	PCS
Вік	-0,03	-0,09	+0,01	-0,06	-0,06	-0,23	-0,05	-0,29*	-0,21	-0,17
Стаж НАЖХП	-0,09	-0,13	-0,08	-0,07	-0,12	-0,06	+0,04	-0,08	-0,10	-0,06
Стаж ГХ	-0,07	-0,13	-0,09	-0,05	-0,11	-	-	-	-	-
САТ	-0,30*	-0,37*	-0,34*	-0,22	-0,34*	-0,04	-0,13	-0,05	-0,11	-0,08
ДАТ	-0,21	-0,22	-0,18	-0,09	-0,23	-0,13	-0,23	-0,01	-0,15	-0,14
ІМТ	-0,64*	-0,61*	-0,70*	-0,69*	-0,62*	-0,71*	-0,51*	-0,51*	-0,56*	-0,59*

Примітка. * Кореляційний зв'язок є статистично значущим ($p < 0,05$).

Таблиця 5. Коефіцієнти кореляції між показниками якості життя за психічним компонентом здоров'я опитувальника SF-36 та клінічними показниками

Показник	НАЖХП та ГХ (n = 63)					НАЖХП (n = 52)				
	VT	SF	RE	MH	MCS	VT	SF	RE	MH	MCS
Вік	-0,05	-0,02	-0,04	-0,08	-0,02	-0,19	-0,23	-0,31*	-0,28*	-0,30*
Стаж НАЖХП	+0,03	-0,12	-0,15	-0,06	-0,05	+0,02	-0,10	-0,16	-0,27	-0,11
Стаж ГХ	+0,03	-0,23	-0,11	-0,11	-0,09	-	-	-	-	-
САТ	-0,19	-0,49*	-0,29*	-0,40*	-0,30*	-0,06	-0,11	+0,02	-0,12	-0,05
ДАТ	-0,05	-0,31*	-0,20	-0,26*	-0,15	-0,15	-0,26	+0,03	-0,09	-0,14
ІМТ	-0,68*	-0,73*	-0,53*	-0,69*	-0,73*	-0,56*	-0,49*	-0,63*	-0,41*	-0,62*

Примітка. * Кореляційний зв'язок є статистично значущим ($p < 0,05$).

Таблиця 6. Коефіцієнти кореляції між показниками якості життя за даними опитувальника CLDQ і клінічними показниками

Показник	НАЖХП та ГХ (n = 63)						НАЖХП (n = 52)					
	AS	FA	AC	SS	EF	WO	AS	FA	AC	SS	EF	WO
Вік	-0,08	-0,10	-0,07	-0,11	+0,01	-0,17	+0,01	+0,01	-0,25	-0,21	-0,21	-0,16
Стаж НАЖХП	-0,29*	-0,11	-0,24	-0,23	-0,06	-0,30*	-0,12	+0,05	-0,07	-0,01	-0,18	-0,34*
Стаж ГХ	-0,19	-0,24	-0,18	-0,16	-0,15	-0,25*	-	-	-	-	-	-
САТ	-0,36*	-0,34*	-0,05	-0,31*	-0,27*	-0,42*	-0,08	-0,25	-0,03	-0,18	-0,09	-0,28*
ДАТ	-0,23	-0,27*	+0,01	-0,25*	-0,23	-0,31*	-0,17	-0,27	-0,14	-0,03	+0,01	-0,11
ІМТ	-0,56*	-0,61*	-0,47*	-0,69*	-0,60*	-0,54*	-0,05	-0,21	-0,14	-0,50*	-0,14	-0,17

Примітка. * Кореляційний зв'язок є статистично значущим ($p < 0,05$).

з НАЖХП і ГХ обернено пропорційно корелювали показники ЯЖ, пов'язані з фізичною активністю, системними симптомами та хвилюванням ($r = -0,27$, $r = -0,25$ та $r = -0,31$ відповідно, $p < 0,05$). Помітний та сильний кореляційний зв'язок виявлено між оцінками за всіма доменами опитувальника CLDQ та ІМТ у групі з коморбідним перебігом НАЖХП, тоді як у групі з ізольованою НАЖХП зв'язки були відсутні (табл. 6).

Отримані нами дані підтверджують думку N. Samala та інших дослідників про те, що особи з НАЖХП навіть на стадії стеатогепатиту мають нижчий рівень ЯЖ порівняно зі здоровими особами [3, 12]. Дані літератури свідчать про те, що наявність НАЖХП значно знижує рівень ЯЖ пацієнтів за характеристиками, які відображують рівень тривоги, загальну працездатність та абдомінальні симптоми [3]. У нашій роботі найнижчі бали у пацієнтів з ізольованою НАЖХП отримано за доменами, пов'язаними з емоційним станом та життєвою активністю, а у разі приєднання ГХ ЯЖ значно знижувалась за шкалами загального здоров'я та рівнем втоми.

Деякі автори у своїх дослідженнях частково підтвердили отримані нами дані про гендерні відмінності за оцінкою ЯЖ у пацієнтів з НАЖХП та нижчі показники за опитувальником CLDQ у жінок [11]. Однак у нашому дослідженні статистично значуще зниження ЯЖ у жінок відзначено лише у доменах, пов'язаних з емоційною функцією та хвилюванням.

Результати робіт інших авторів свідчать про те, що наявність супутньої гіпертонії значно погіршує ЯЖ у пацієнтів з НАЖХП [4]. Це підтверджено отриманими нами даними, а також доповнено даними про те, що підвищення як САТ, так і ДАТ значною мірою впливає на фізичні та психічні показники, що призводить до зниження ЯЖ пацієнтів з НАЖХП на тлі ГХ. Також доведено, що ожиріння у пацієнтів з НАЖХП негативно

позначається на ЯЖ, зменшуючи оцінки за всіма шкалами опитувальника SF-36 [10, 12]. У нашому дослідженні доведено, що збільшення ІМТ суттєво знижує ЯЖ за фізичними та психічними показниками у пацієнтів з НАЖХП незалежно від ГХ навіть за нормальної та підвищеної маси тіла.

Однакові оцінки ЯЖ за шкалою «Фізичне функціонування» опитувальника FS-36 у пацієнтів з коморбідним та ізольованим перебігом НАЖХП можуть свідчити про відсутність значного впливу ГХ на обмеження фізичної активності пацієнтів з НАЖХП, однак це питання потребує подальшого вивчення. Варте уваги, що значний негативний вплив супутньої ГХ на ЯЖ пацієнтів з НАЖХП підтверджують результати застосування як неспецифічного опитувальника SF-36, так і специфічного CLDQ, що свідчить про можливість використання обох методів оцінки ЯЖ у пацієнтів з НАЖХП на тлі ГХ.

Висновки

НАЖХП асоціюється зі статистично значущими девіантними змінами показників ЯЖ пацієнтів за даними опитувальників SF-36 та CLDQ. Наявність супутньої ГХ суттєво погіршує як фізичний, так і психічний компонент функціонування хворих з НАЖХП, що, ймовірно, є віддзеркаленням поєднання негативних впливів НАЖХП та ГХ на суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого патологічного стану та спроможність особистісної активної адаптації до нього. Провідними тригерними чинниками, які суттєво погіршують ЯЖ хворих на НАЖХП є давність жирових змін печінки, стаж гіпертонії, рівень САТ і ДАТ, а також ІМТ.

Кількісна варіабельність компонентів ЯЖ у пацієнтів з НАЖХП і ГХ має важливе клінічне значення, оскільки може негативно вплинути на перебіг захворювання та знизити ефективність терапевтичних і реабілітаційних заходів.

Робота є частиною дисертаційного дослідження автора на здобуття наукового ступеня доктора філософії за темою: «Діагностичне та прогностичне значення калістатину у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки на тлі гіпертонічної хвороби».

Список літератури

1. Бабак О.Я., Лапшина К.А., Черняк А.М. Комплексне лікування неалкогольної жирової хвороби печінки: досвід застосування гепатопротекторів // Сучасна гастроентерол. — 2018. — № 2 (100). — С. 32–36.
2. Бака О., Скурат К., Франкова І., та ін. Оцінка ЯЖ та психологічного стану у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки та надмірною вагою // Психосоматична медицина та загальна практика. — 2019. — № 3 (4). — e0304172.
3. Драпчак І.М. Особливості оцінки ЯЖ в осіб з хронічними захворюваннями печінки // Галицький лікарський вісник. — 2015. — Т. 22, № 4 (частина 1). — С. 16–19.
4. Машура Г.Ю. Оптимізація діагностики і лікування хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки у поєднанні з гіпертонічною хворобою з урахуванням смакової чутливості до хлориду натрію: Дис. ...канд. мед. наук / Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет». — Ужгород, 2017. — 180 с.

5. Півторак К. В. Якість життя хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки при наявності ендотеліальної дисфункції // Вісник проблем біології і медицини. — 2018. — Вип. 1, т. 1. — С. 152—155.
6. Шевченко-Макаренко О. П. Вивчення ЯЖ хворих на хронічний вірусний гепатит С // Медичні перспективи. — 2017. — Т. 22, № 4. — С. 81—86.
7. Assimakopoulos K., Karaivazoglou K., Tsermpini E.-E., Diamantopoulou G., Triantos C. Quality of life in patients with nonalcoholic fatty liver disease: A systematic review // Journal of Psychosomatic Research. — 2018. — Vol. 112. — P. 73—80.
8. Babak O., Bashkirova A. Cluster analysis of the pathogenetic relationships of metabolic parameters in patients with non-alcoholic fatty liver disease on the background of hypertension // World Science. — 2019. — Vol. 10 (50). — P. 30—36.
9. Chawla K.S., Talwalkar J.A., Keach J.C. et al. Reliability and validity of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) in adults with non-alcoholic steatohepatitis (NASH) // BMJ. — Open Gastroenterology. — 2016. — Vol. 3 (1). — e000069.
10. Huang R., Fan J.G., Shi J.P. et al. Health-related quality of life in Chinese population with non-alcoholic fatty liver disease: a national multicenter survey // Health Qual Life Outcomes. — 2021. — Vol. 19. — P. 140.
11. Huber Y., Boyle M., Hallsworth K. et al. Health-related quality of life in nonalcoholic fatty liver disease associates with hepatic inflammation // Clinical Gastroenterology and Hepatology. — 2019. — Vol. 17 (10). — P. 2085—2092.
12. Samala N., Desai A., Vilar E. et al. Decreased quality of life is significantly associated with body composition in patients with nonalcoholic fatty liver disease // Clinical Gastroenterology and Hepatology. — 2020. — Vol. 18 (13). — P. 2980—2988.
13. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection // Medical Care. — 1992. — Vol. 30 (6). — P. 473—483.
14. Younossi Z.M., Guyatt G., Kiwi M. et al. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease // Gut. — 1999. — Vol. 45. — P. 295—300.

А. А. Рождественская

Харьковский национальный медицинский университет

Качество жизни как индикатор влияния сопутствующей гипертонической болезни на состояние здоровья пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени

Цель — определить влияние сопутствующей гипертонической болезни (ГБ) на качество жизни (КЖ) пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) с помощью опросников SF-36 и CLDQ.

Материалы и методы. Обследованы 115 больных НАЖБП на стадии неалкогольного стеатогепатита. Пациентов разделили на две группы: основную — 63 пациента с НАЖБП и ГБ (32 мужчины и 31 женщина, средний возраст — 48,4 года) и сравнения — 52 пациента с НАЖБП (25 мужчин и 27 женщин, средний возраст — 48,3 года). Контрольную группу образовали 20 практически здоровых лиц (12 женщин и 8 мужчин, средний возраст — 47,1 года). Стаж заболевания НАЖБП статистически значимо не отличался у пациентов с коморбидным (6,6 года (95 % доверительный интервал (ДИ) — 5,8; 7,3)) и изолированным (7,8 года (95 % ДИ 6,7; 8,8)) течением НАЖБП ($p=0,086$). Длительность заболевания ГБ составляла 8,4 года (95 % ДИ 7,3; 9,5). Рассчитывали индекс массы тела (ИМТ), определяли показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления. Для оценки КЖ пациентов с НАЖБП применяли неспецифический опросник Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) и специфическую анкету для оценки состояния здоровья при хронических заболеваниях печени The Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ).

Результаты. Выявлено статистически значимое снижение КЖ почти по всем шкалам опросника SF-36 у пациентов с НАЖБП по сравнению с контрольной группой независимо от наличия сопутствующей патологии. Снижение показателей КЖ у пациентов с ГБ и НАЖБП отмечено по всем компонентам здоровья, кроме результатов по шкале физического функционирования. Показатели суммарного физического и психического компонентов здоровья также были значительно ниже у больных НАЖБП и ГБ и составили 25,0 % (95 % ДИ 21,20; 29,60) и 44,0 % (95 % ДИ 42, 23; 50,47) из максимально возможных 100 %. Зарегистрировано статистически значимое снижение показателей по всем доменам опросника CLDQ у пациентов с НАЖБП и ГБ по сравнению с больными НАЖБП и контрольной группой. Выявлены значимые обратно пропорциональные связи между показателями КЖ по обоим опросникам и давностью заболеваний, уровнем САД и ДАД, а также ИМТ.

Выводы. НАЖБП ассоциируется со статистически значимыми девиантными изменениями показателей КЖ пациентов по данным опросников SF-36 и CLDQ. Наличие сопутствующей ГБ, давность жировых изменений печени, стаж гипертонии, уровень САД и ДАД, а также большой ИМТ существенно ухудшают КЖ больных НАЖБП. Количественная вариабельность компонентов КЖ у пациентов с НАЖБП и ГБ может негативно повлиять на течение заболевания, снизить эффективность терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, гипертоническая болезнь, качество жизни, опросник SF-36, опросник CLDQ.

A. Rozhdestvenska

Kharkiv National Medical University

Quality of life as an indicator of the influence of concomitant hypertensive disease on the health state in patients with non-alcoholic fatty liver disease

Introduction. Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) affects about 25 % of the world's adult population. Considerable attention is paid to the study of the comorbidity of NAFLD and hypertension (HT). In particular, it is important to analyse of the quality of life (QOL) of patients with a combination of pathologies and the effect of concomitant HD on HT health indicators of patients with NAFLD.

Purpose: to determine the effect of concomitant hypertension on the QOL state of patients with NAFLD using the Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) and The Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) questionnaires.

Materials and methods. A total of 115 patients with NAFLD at the stage of non-alcoholic steatohepatitis were examined. The body mass index (BMI) was calculated, and the indices of systolic (SBP) and diastolic (DBP) blood pressure were determined. To assess the QOL of patients with NAFLD, the non-specific questionnaire SF-36 and the specific questionnaire for assessing the state of health in chronic liver diseases CLDQ were used. Statistical processing of the results obtained was carried out using generally accepted methods.

Results and discussion. There was a significant decrease in QOL in patients with NAFLD compared with the control group, regardless of the presence of concomitant pathology on almost all scales of the SF-36 questionnaire. A decrease in QOL indicators in patients with hypertension in NAFLD was observed for all components of health, except for the results on the scale of physical functioning («PF»). Indicators of the total physical («PCS») and mental («MCS») health components were also significantly lower in the group with NAFLD and hypertension and amounted to 25.00 % (95 % CI 21.20; 29.60) and 44.00 % (95 % CI 42.23; 50.47) out of the maximum possible 100 %. There was a significant decrease in indicators for all domains of the CLDQ questionnaire in patients with NAFLD and HT compared with isolated NAFLD and the control group. Significant inverse relationships were determined between the QOL indicators according to both questionnaires and the diseases duration, SBP, DBP levels and BMI.

Conclusions. NAFLD is associated with significant deviant changes in patients' quality of life indicators according to the SF-36 and CLDQ questionnaires. The presence of concomitant hypertension, the duration of fatty changes in the liver, the experience of hypertension, the levels of SBP, DBP and BMI significantly worsen the QOL of patients with NAFLD. The quantitative variability of QOL components in patients with NAFLD and HT can negatively affect the course of the disease, reduce the effectiveness of therapeutic and rehabilitation measures.

Key words: Non-alcoholic fatty liver disease, essential hypertension, quality of life, SF-35, CLDQ.

Контактна інформація

Рождественська Анастасія Олександрівна, асистент кафедри внутрішньої медицини № 1

E-mail: rozhdestvenska.anastasiia@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 2021 р.